

# 小児慢性特定疾病医療費支給認定 変更届

八尾市長 様  
児童福祉法律施行規則第7条の26及び27の規定により、届出をします。

年 月 日

|              |      |                       |             |  |
|--------------|------|-----------------------|-------------|--|
| 受診者          | 氏名   | (フリガナ)                | 受給者<br>番号   |  |
|              | 生年月日 | 年 月 日                 |             |  |
|              | 住所   | 〒                     |             |  |
| 申請者<br>(送付先) | 氏名   | (フリガナ)                | 受診者との<br>関係 |  |
|              | 住所   | 〒 ※ 受診者と住所が同一の場合は記入不要 |             |  |
|              | 電話   | (自宅)                  | (携帯)        |  |

届出が必要な項目番号に○を付けて、必要事項及び☐を記入してください。

必要な届出事項について、太枠の中に記入してください。(表)

|   |            |   |  |   |  |
|---|------------|---|--|---|--|
| 1 | フリガナ       | 新 |  | 旧 |  |
|   | 受診者<br>氏名等 |   |  |   |  |

|   |           |   |   |
|---|-----------|---|---|
| 2 | 受診者<br>住所 | 新 | 〒 |
|   |           | 旧 | 〒 |

|      |                 |          |                     |  |  |   |  |  |  |
|------|-----------------|----------|---------------------|--|--|---|--|--|--|
| 3    | 加入<br>保険等<br>変更 | 加入<br>保険 | 被保険者証               | 保険者名称                                      |  |   |  |  |  |
|      |                 |          |                     | 保険者番号                                      |  | 記号  |  |  |  |
|      |                 |          |                     | 資格取得<br>年月日                                |  | 番号  |  |  |  |
|      |                 |          | 加入保険の種類             | <input type="checkbox"/> 市町村国保<br>【世帯主・家族】 |  | <input type="checkbox"/> 被用者保険<br>【本人・家族】 |  | <input type="checkbox"/> 業種別国保<br>【組合員・家族】 |  |
|      |                 |          | 被保険者氏名<br>(世帯主・組合員) |  |  | 受診者<br>との続柄                               |  |  |  |
| 適用区分 |                 |          | ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ   |  |  |   |  |  |  |

(ウラへ続く)

|           |               |      |      |        |
|-----------|---------------|------|------|--------|
| 《事務処理使用欄》 |               | 階層区分 | 適用区分 | 保健所受付印 |
| 有効期間      | 年 月 日 ~ 年 月 日 |      |      |        |
|           | 年 月 日 ~ 年 月 日 |      |      |        |
| 備考        | 受付者           |      |      |        |

必要な届出事項について、太枠の中に記入してください。(裏)

|   |                                 |  |  |    |
|---|---------------------------------|--|--|----|
| 4 | 支給認定基準世帯員<br>(受診者と同じ医療保険に加入する者) |  | ※変更後の世帯員全員を記入してください。<br>※階層区分の変更を希望する場合は、別途、変更申請が必要です。 |    |
|   | (1) 受診者氏名                       |  | 受診者との続柄  | 本人 |
|   | (2) 世帯員氏名                       |  | 受診者との続柄  |    |
|   | (3) 世帯員氏名                       |  | 受診者との続柄  |    |
|   | (4) 世帯員氏名                       |  | 受診者との続柄  |    |
|   | (5) 世帯員氏名                       |  | 受診者との続柄  |    |

|   |  |  |
|---|--|--|
| 5 | 受診者・保護者(申請者)の個人番号(マイナンバー)<br>※変更後のマイナンバーを記入してください。<br>※保護者は、過去に申請者となった方のマイナンバーに変更があった場合のみ記入してください。 |  |
|   | 受診者氏名  |  |
|   | 個人番号<br>(マイナンバー)   |  |
|   | 保護者氏名  |  |
|   | 個人番号<br>(マイナンバー)   |  |

|         |   |   |   |   |
|---------|---|---|---|---|
| 患者本人の申請 | 患者の身元(実存)確認   |   | 患者の番号確認   |   |
|         | 以下の書類の1つ<br><input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 運転履歴証明書 <input type="checkbox"/> 旅券<br><input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳<br><input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 特別永住者証明書 |   | <input type="checkbox"/> 個人番号カード<br><input type="checkbox"/> 通知カード<br><input type="checkbox"/> 住民票                |   |
| 保護者の申請  | 保護者の確認  | 保護者又は代理人の身元(実存)確認   | 保護者の番号確認  | 患者の番号確認   |
|         | <input type="checkbox"/> 住民票  | 以下の書類の一つ<br><input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証<br><input type="checkbox"/> 運転履歴証明書 <input type="checkbox"/> 旅券<br><input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳<br><input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳<br><input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 特別永住者証明書 | <input type="checkbox"/> 個人番号カード<br><input type="checkbox"/> 通知カード<br><input type="checkbox"/> 住民票                | <input type="checkbox"/> 個人番号カード(写し可)<br><input type="checkbox"/> 通知カード(写し可)<br><input type="checkbox"/> 住民票(写し可) |
| 代理人の申請  | 代理人の確認  |   | 患者の番号確認   |   |
|         | 任意代理人の場合<br><input type="checkbox"/> 委任欄の記載<br>法定代理人の場合<br><input type="checkbox"/> 戸籍謄本<br><input type="checkbox"/> 登記事項証明書<br><input type="checkbox"/> 裁判所の決定通知   |   | <input type="checkbox"/> 個人番号カード(写し可)<br><input type="checkbox"/> 通知カード(写し可)<br><input type="checkbox"/> 住民票(写し可) |   |